La fisioterapia nel dolore sessuale femminile a implicazione ostetrica

Arianna Bortolami
Fisioterapista, Consulente in Sessuologia
Libero Professionista, Padova
Fondatore e Responsabile del Gruppo di Interesse Specialistico (G.I.S.) Riabilitazione del Pavimento Pelvico, Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.Fi.)
Dottore magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione

Introduzione

Il dolore sessuale a implicazione ostetrica è costituito dalla presenza di dolore durante il rapporto sessuale, più frequentemente durante la penetrazione, e si presenta nel corso della gravidanza o nell'immediato post parto. Esso può insorgere in questi momenti, oppure essere una condizione già esistente in precedenza.

Tale sintomo è in relazione con la fisioterapia poiché può essere correlato a una disfunzione muscolare del pavimento pelvico, e più precisamente a una condizione di ipertono muscolare (Rosenbaum 2007). E' quindi presente una disfunzione muscolo-scheletrica che determina una disabilità, data dall'alterazione della qualità di vita della donna affetta da tale sintomo. La fisioterapia, all'interno di un approccio multidisciplinare (Graziottin 2004, 2006, 2008; Graziottin et al 2009; Graziottin e Gambini 2015; Graziottin et al 2015), rappresenta una delle opzioni terapeutiche disponibili per affrontare questa condizione.

Descrizione dei sintomi e delle condizioni

Le condizioni a implicazione ostetrica nelle quali si può presentare dolore in relazione alla funzione sessuale riguardano il periodo post parto e la gravidanza. Vediamoli in dettaglio.

Il periodo post parto

Se la donna ha subìto un'episiotomia e/o una lacerazione perineale durante il parto, il tessuto cicatriziale può essere dolente e retratto; durante la penetrazione vaginale può quindi presentarsi dolore, conseguente e/o dovuto a ipertono muscolare dell'elevatore dell'ano.

La fase di allattamento può determinare secchezza vaginale, anche durante il rapporto sessuale; questa, a sua volta, può inibire la condizione di piacere, determinare bruciore e discomfort, anche nelle ore successive, con conseguente attivazione di un feedback negativo rispetto al rapporto sessuale, e più specificatamente alla penetrazione. Tale condizione si può ripercuotere anche a livello muscolare, con contrazione da difesa dell'elevatore dell'ano.



Il periodo della gravidanza

Può essere già presenti un vaginismo e/o una dispareunia secondari, per esempio, a vestibolite vulvare. Oppure la donna può essere stata affetta da vaginismo primario precedente alla gravidanza e può ancora presentare durante tale periodo una lieve iperattività dell'elevatore dell'ano. In tale situazione, risulta particolarmente importante restituire ai muscoli perineali la miglior condizione visco-elastica possibile, così da prepararli al meglio al momento del parto.



Comorbilità e complicanze

E' utile ricordare che in generale la condizione di dolore sessuale correlata a disfunzione muscolare del pavimento pelvico può determinare anche sintomi urologici (difficoltà alla minzione, frequenza minzionale, e così via; Fall 2008; Graziottin et al 2015) e colon-proctologici (stipsi, senso di incompleto svuotamento rettale e così via; Rosenbaum 2007; Messelink 2005; Haylen 2010).

La condizione della paziente affetta da dolore sessuale a implicazione ostetrica può essere aggravata da dolore proveniente da altre strutture articolari e/o muscolari del cingolo pelvico (Jarrel 2004). Durante la gravidanza e nel post parto possono infatti presentarsi disfunzioni dell'articolazione sacro-iliaca e/o sacro-coccigea, delle vertebre lombari, delle anche, della sinfisi pubica, con dolore riferito e localizzato ai diversi muscoli di questo distretto (adduttori, glutei, paravertebrali, eccetera). Tali disfunzioni possono determinare dolore sacro-lombare e/o al cingolo pelvico, con irradiazione anche nella zona genitale e in quelle immediatamente adiacenti, peggiorando così la percezione dolorosa dell'area relativa alla funzionalità sessuale.

Fisioterapia

La fisioterapia è un'opzione terapeutica che può essere utilizzata in caso di dolore sessuale correlato all'ostetricia. Essa è indirizzata principalmente ai muscoli del pavimento pelvico, e più precisamente all'elevatore dell'ano; secondariamente può essere diretta alle strutture articolari e muscolari del bacino, se queste risultassero coinvolte nella condizione della paziente.
La fisioterapia si sviluppa all'interno di un processo di ragionamento clinico, che prevede, consecutivamente, i seguenti momenti:
- considerazione della diagnosi;
- valutazione funzionale;
- pianificazione del trattamento;
- trattamento;
- valutazione dei risultati.



La valutazione funzionale

La valutazione funzionale permette di far emergere i sintomi e i segni specifici della paziente, fondamentali per personalizzare il trattamento e porre al centro del processo la donna stessa e la sua condizione.
In questa fase vengono valutate l'area genitale e le strutture muscolo-scheletriche del cingolo

pelvico, sia attraverso l'osservazione visiva, sia attraverso la valutazione manuale. Un elemento particolarmente importante da considerare è il muscolo elevatore dell'ano, in relazione al tono, al trofismo, all'attività motoria spontanea e volontaria, all'eventuale presenza di trigger point, ossia di punti muscolari dolenti alla digitopressione e funzionalmente alterati. Tale valutazione viene effettuata solamente quando è possibile l'approccio intravaginale, e comunque sempre nel rispetto del dolore e della paura della paziente in relazione alla penetrazione (Graziottin 2004; Graziottin e Gambini 2015; Graziottin et al 2015).
Oltre a ciò, vengono valutati eventuali esiti di episiotomia e/o di lacerazione perineale e viene considerata la possibilità di un danno al nervo pudendo.
Vengono inoltre osservati eventuali compensi muscolari presenti durante la richiesta dell'attività motoria volontaria e spontanea, particolarmente per i muscoli della parete addominale, che possono essere espressione di importante difficoltà nell'attivazione muscolare del pavimento pelvico.

La pianificazione del trattamento: tecniche e strumenti

Con la pianificazione del trattamento vengono individuati le tecniche e gli strumenti più idonei per la paziente. Essi si differenziano nella loro definizione, nelle indicazioni e controindicazioni, nella modalità di utilizzo, nella rilevanza all'interno della letteratura scientifica.
Nella donna con dolore sessuale a implicazione ostetrica, le tecniche e gli strumenti disponibili sono:
- l'esercizio terapeutico;
- la terapia manuale;
- i dilatatori vaginali (Rosenbaum 2005, Bortolami 2009 A);
- il biofeedback, che non viene utilizzato durante la gravidanza;
- la stimolazione elettrica e in particolare la Tens (Trans Electrical Nerve Stimulation), che non viene utilizzata in gravidanza;
- l'ultrasuonoterapia (Hay-Smith 2000);
- l'autotrattamento e un adeguato programma domiciliare;
- l'utilizzo di prodotti topici non farmacologici.

Nel caso in cui siano associati anche sintomi urologici e colon-proctologici da disfunzione muscolare in iperattività del pavimento pelvico, possono essere utilizzate anche terapie comportamentali (bladder training, bowel training) finalizzate alla correzione di scorrette abitudini correlate a tali sintomi.

Il trattamento

Durante il trattamento, con le tecniche e gli strumenti scelti, gli obiettivi mirano a:
- determinare nella donna l'apprendimento dell'attività motoria del pavimento pelvico, dapprima attraverso la conoscenza e la percezione di tale zona, poi tramite la correzione dei parametri muscolari alterati e infine con il recupero funzionale delle alterazioni presentate;
- inibire il dolore.

In ogni caso, le tecniche e gli strumenti utilizzati sono rispettosi della condizione della paziente,

soprattutto in relazione al dolore e alla difficoltà alla penetrazione vaginale che consegue ad esso.
Le modalità di utilizzo favoriscono inizialmente un approccio extra-vaginale, con il quale il/la fisioterapista è lontano dalla zona genitale, non la tocca e non la guarda (per esempio, la paziente è distesa sul lettino con le ginocchia flesse, e la fisioterapista è seduta di lato alla paziente).
Successivamente, quando la paziente inizia a superare la paura del dolore e l'iniziale imbarazzo, può essere utilizzata la modalità peri-vaginale, con la quale il/la fisioterapista guarda e tocca la zona genitale, ai fini di aiutare la percezione dell'attività motoria del pavimento pelvico (per esempio, la paziente è in posizione ginecologica e la fisioterapista è seduta in posizione frontale rispetto alla zona genitale, mantenendo un contatto visivo con la paziente).
Infine, quando è possibile, può essere usata la modalità intra-vaginale (Bortolami 2009 B), finalizzata a trattare l'eventuale cicatrice retraente e i punti muscolari dolorosi (terapia manuale).

Rapporto fisioterapista-paziente

Infine, è importante considerare alcuni aspetti terapeutici di tipo relazionale, dovuti alla peculiarità dei sintomi e dal periodo specifico della vita della donna nel quale essi si presentano.
Più precisamente, quando questi si presentano nel periodo post parto, è importante considerare la possibile compresenza di depressione puerperale, che può peggiorare il vissuto e la qualità di vita della donna, alterando anche il rapporto madre-bambino. A tal proposito può essere utile spiegare alla paziente che l'origine del dolore sessuale è da ricercarsi in molteplici fattori di rischio (Abdool 2009), piuttosto che nel parto come unica causa diretta.
Va ricordato, tra l'altro, che l'anemia da carenza di ferro, molto frequente in gravidanza e dopo il parto, in quanto interessa oltre il 50 per cento delle gravide e delle puerpere, può peggiorare sia la depressione post parto, sia la percezione del dolore, e va pertanto diagnosticata e curata dal medico di fiducia.

Conclusioni

La fisioterapia costituisce una possibile opzione terapeutica per il dolore sessuale femminile correlato a implicazioni ostetriche e sostenuto da disfunzione muscolare. Questa terapia è indirizzata principalmente al complesso muscolare dell'elevatore dell'ano e si avvale di diverse tecniche e strumenti terapeutici, nonché di differenti modalità di approccio alla zona genitale: entrambe vengono scelte a seconda della condizione della paziente, nel rispetto del dolore e dei sintomi correlati. L'utilizzo della fisioterapia, infine, va considerato all'interno di un approccio multidisciplinare.

Approfondimenti specialistici

Abdool Z et al. Postpartum female sexual function Eu J Obstet Gynecol: 145 133–137, 2009

Bortolami A. Dilatatori vaginali. In: Bortolami A, Riabilitazione del pavimento pelvico, Masson Elsevier 2009 A p. 214-215

Bortolami A. Esercizio terapeutico. In Bortolami A, Riabilitazione del pavimento pelvico, Masson Elsevier 2009 B p. 155-172

Fall M, Baranowski AP, Elneil S et al. European Association of Urology (EAU) guidelines on chronic pelvic pain, 2008

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J 2010; 21:5-26

Hay-Smith EJ. Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia. Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2): CD000495

Jarrel J. Myofascial dysfunction in the pelvis. Current Pain and Headhache Reports 2004, 8: 452-456

Graziottin A. Il ginecologo e la dispareunia. In: Leiblum S.R. Rosen R. (Eds), Principi e pratica di terapia sessuale, Edizione italiana aggiornata a cura di Alessandra Graziottin, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2004, p. 248-267

Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 342-350

Graziottin A. Dyspareunia and vaginismus: review of the literature and treatment. Current Sexual Health Reports, Vol. 5, Issue 1: March 2008, p. 43-50

Graziottin A. Serafini A. Palacios S. Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. Maturitas 63, 2, 2009, special issue on “Female sexual dysfunctions in the office: tools to meet the challenge"”, p. 128-134

Graziottin A. Gambini D.
Female sexual dysfunction: Treatment
in: Bø K. Berghmans B. Mørkved S. Van Kampen M. (Eds), Evidence-Based Physical Therapy For The Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice, Elsevier, Oxford, UK, Second Edition 2015

Graziottin A. Gambini D. Bertolasi L.
Genital and sexual pain in women
in: Vodusek D. Boller F. (Eds), Neurology of Sexual and Bladder Disorders (Handbook of Clinical

Neurology, Volume 130, 3rd Series), Elsevier, 2015, p. 395-412

Messelink B, Benson T, Berghmans B et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 24: 374-380, 2005

Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. J Sex Marital Ther. 2005 Jul-Sep; 31 (4): 329-40

Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med. 2007 Jan; 4 (1): 4-13